SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAJIRA
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA - SERVICIOS PRESTADO

Código Regional	44
Código Centro	952410
Fecha Elaboración	24 de marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	84460-434755

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ huperezg@sena.edu.co	C.C.	73.591.434	IP/Nº de contacto	3008763377
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	940281785
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1419202/2020			Nº Compromiso SIIF	24320
Valor Total del Contrato	$ 14.757.840	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.757.840	1	Del 04/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.754.797,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.003.043		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.754.797	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.754.797**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.623.838**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	0
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.101.919	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 137.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 176.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 275.480	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 541.279	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.623.838,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.440.597,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	7.322,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Prouniversidad de la Guajir	55.096,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	13.774,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	55.096,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.623.509,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orienté formación en la ficha 1906721 - Programa de formación Operación Turística Local - 108 Horas - Aprendices Activos 25

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LI SANYI TONCEL OLIVEROS
INSTRUCTOR G08

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ANGEL MARIA MAESTRE PERALTA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ identificado(a) con CC 73591434 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**09/03/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM VALLEDUPAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de Enero del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

JORGE ARMANDO MERCADO VALDEZ
EJECUTIVO COMERCIAL
EPS FAMISANAR S.A.S

Scanned by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **73591434,** se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/06/2019	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de febrero de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14574554069

(415)7707212489984(8020) 000001457455406 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 3 5 9 1 4 3 4	3	Impuestos y Aduanas de Valledupar	2 4	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 5 9 1 4 3 4	2 0 0 0 0 7 2 1

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Barranco de Loba 0 7 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	GOMEZ	HUGO	ANTONIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal

CL 30 4 A 80 BRR VILLA DEL ROSARIO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
hugoperez-gomez@hotmail.com		3 0 0 8 7 6 3 3 7 7	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
7 9 9 0	2 0 1 0 1 0 1 3	7 0 2 0	2 0 1 4 0 4 2 5		8 2 1 1	

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 0 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

DOCUMENTO SIN COSTO

FUSPANCRA
Fundación San Pancracio IPS
Especialistas en Salud Laboral

NIT 900.203.827-0
Dirección: Calle 33 # 15 - 156
Cel: 3008152450 - 3006555795
Email: contacto@fuspancra.org

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1982-04-07 **Edad:** 37 A
Dirección CRA 27 N.14H BIS -36
Empresa: TARIFA ECONOMICA 2020
Empresa en misión: TARIFA ECONOMICA 2020
Actividad económica:
Talla (mts): 1.78 **Peso (kg):** 54.0 **Grupo Sanguineo:** A +

Identificación: CC 73591434

Teléfono: 3008763377



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 0031001 **Fecha apertura:** 20200309 11:22:53
Fecha cierre: 20200309 12:04:19
Realizado en: Riohacha - Guajira

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

DIETA Y EJERCICIOS

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: Puede desempeñar la labor

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JENNIS JANETH BARRAZA LOZANO
Especialidad: ESPECIALISTA SQ Y GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA
Licencia S.O.: EN SALUD 0787/2012 Renovacion **Registro No.:** 663

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 73591434

HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 06/03/2020 8.05 AM

FECHA DE EXAMEN 2020-03-06 08:04:08
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	**NIT**	892115006
DIRECCION	CLL 13 # 8 -175	**E-MAIL**	ips@comfaguajira.com
TELEFONOS	7270204	**SEDE**	COMFAGUAJIRA IPS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	HUGO ANTONIO								
APELLIDOS	PEREZ GOMEZ								
IDENTIFICACION	CC	73591434	**EDAD**	37 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	A +	
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	07/04/1982				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	BARRANCO	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0			
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA	**MUNICIPIO**	RIOHACHA	**DIRECCION**	CRA 27 N 14H BIS 36				
TELEFONOS	3008763377	**ARL**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	**EPS**	FAMISANAR LTDA. E.P.S.				

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SENA REGIONAL GUAJIRA	**CONTRATISTA**	NO APLICA
SEDE	SIN INFORMACION	**ACTIVIDAD ECONOMICA**	SIN INFORMACION

DATOS DEL CARGO

CARGO A DESEMPEÑAR	INSTRUCTOR SENA	**PROFESION U OFICIO**	INSTRUCTOR TURISMO
FECHA DE INGRESO	NO REFIERE	**AREA**	OPERATIVO
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	1 A 5 AÑOS	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

ANTECEDENTES AUDITIVOS

EMPRESA 1

Nombre	**Concepto**	
CARGO	INSTRUCTOR	
PROTECCION AUDITIVA	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO / TIEMPO	NO	
TIPO	NO APLICA	

EMPRESA 2

Nombre	**Concepto**	
CARGO	NO APLICA	
PROTECCION AUDITIVA	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO / TIEMPO	NO APLICA	
TIPO	NO APLICA	

EMPRESA 3

Nombre	**Concepto**	
CARGO	NO APLICA	
PROTECCION AUDITIVA	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO / TIEMPO	NO APLICA	
TIPO	NO APLICA	

ANAMNESIS

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	Mayor a 2 AÃ±os	
INTERPRETACION	Normal	
CAUSA	Ingreso Laboral	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**

MOTOCICLISMO	NO	
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	NO	
POLIGONO	NO	
AUDIFONOS	NO	
SERVICIO MILITAR	NO	
DISCOTECA	NO	
OTROS	NO	

OTOSCOPIA

Nombre	Concepto	Observaciones
TIMPANO	Normal	
TAPON DE CERA	No	
CONDUCTO AUDITIVO	Normal	
OTROS HALLAZGOS	NINGUNO	

AUDIOMETRIA

Nombre	Concepto	Observaciones
DESCANSO AUDITIVO	SI	

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

PATOLOGICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
MENINGITIS	NO	
TUBERCULOSIS	NO	
DIABETES	NO	
SARAMPION	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO	
INFECCIONES	NO	
OTITIS MEDIA	NO	
PALUDISMO	NO	
REUMATISMO	NO	
PAROTIDITIS	NO	

TRAUMATICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
TRAUMA DE CRANEO	NO	
TRAUMA SONORO	NO	
CIRUGIAS DE OIDO	NO	
TRAUMAS OTICOS	NO	

OTOTOXICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
GENTAMICINA	NO	
ESTREPTOMICINA	NO	
KANAMICINA	NO	
AMBRAMISINA	NO	
QUININA	NO	

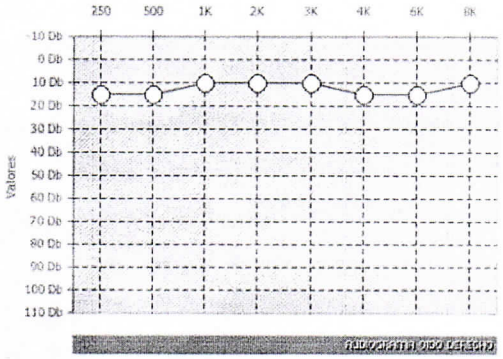
SIGNOS Y SINTOMAS

Nombre	Concepto	Observaciones
OYE BIEN?	SI	
OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR OTRO?	NO	
TIENE DIFICULTAD PARA ORI EL TELEFONO?	NO	
ESCUCHA TV	NO	
ESCUHA CONVERSACIÓN	NO	
SUFRE DE VERTIGO?	NO	
OTORREA	NO	
MOLESTIA A LOS RUIDOS FUERTES?	NO	

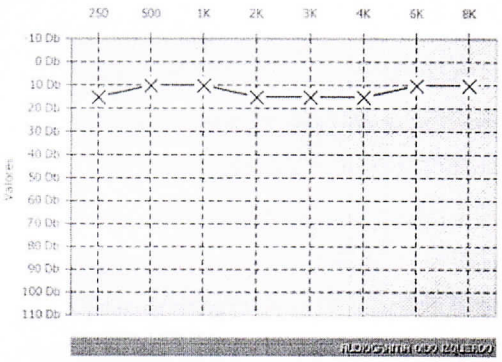
HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 06/03/2020 8.05 AM

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
AUDICION NORMAL	BILATERAL	
HIPOACUSIA		
HIPOACUSIA MIXTA		
HIPOACUSIA CONDUCTIVA		
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL		

DIAGNOSTICO

Nombre	Concepto
DIAGNOSTICO 2	
IMPRESION DIAGNOSTICA	AUDICION NORMAL BILATERAL

Nombre	Concepto
OBSERVACIONES	NINGUNA

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Nombre	Concepto	Observaciones
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA	NO	
LAVADO AUDITIVO	NO	
CONTROL AUDITIVO	NO	
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	BUENA	
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
USO DE PROTECCION AUDITIVA	NO	

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.

Angela Nuñez
Comfaguaj
FONOAUDIOLOGA
T.P. Nº 70356

ANGELA NUNEZ
C.C 1063076261 RM: 70356
Firma y sello del Médico Evaluador

HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
C.C 73591434
Firma del trabajador Evaluado

06 | 3 | 2020.

FICHA FONIATRICA

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Ivyo Perez. Gomez

IDENTIFICACION: 33 541 434.

EDAD: 37 OCUPACION: Instructor Sena.

ANTECEDENTES

No Reportes.

CARACTERISTICAS VOCALES

INTENSIDAD FUERTE ☑ MEDIA ☐ DEBIL ☐

TONO AGUDO ☐ GRAVE ☑ MEDIO ☐

TIMBRE DISFONICO ☐ CLARO ☑ OPACO ☐ NASAL ☐ CONSTREÑIDO ☐

CARACTERISTICAS RESPIRATORIAS

TIPO Abdominal

MODO → EN REPOSO: Nasal-Bucal

MODO → EN FONACION Nasal-Bucal

CARACTERISTICAS FONO-ARTICULATORIAS

- **ORGANOS FONOARTICULADORES**

ORGANO	ADECUADO	INADECUADO	CARACTERISTICAS
LABIOS	✓		
DIENTES	✓		
PALADAR	✓		
NARIZ	✓		

- **TENSIÓN MUSCULAR SI** ☐ **NO** ☑ **DONDE:** _____
- **COORDINACION FONO-RESPIRATORIA : SUFICIENTE** ☑ **INSUFICIENTE** ☐
- **RITMO: NORMAL** ☑ **LENTO** ☐ **ACELERADO** ☐
- **ARTICULACION : NORMAL** ☑ **ABIERTA** ☐ **CERRADA** ☐

CONCLUSIONES

- **DIAGNOSTICO:** Optimas Condiciones Vocales.
- **VALORACION POR ORL SI** ☐ **NO** ☒
- **RECOMENDACIONES**

Cuidados generales de la voz.

Angela

ANGELA NUÑEZ ORTIZ
FONOAUDIOLOGA
Tp:70356

PACIENTE

ANGELA NUÑEZ ORTIZ
FONOAUDIOLOGA

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

FECHA DE EXAMEN 06 marzo 2020
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	**NIT**	892115006
DIRECCION	CLL 13 # 8 -175	**E-MAIL**	ips@comfaguajira.com
TELEFONOS	7270204	**SEDE**	COMFAGUAJIRA IPS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	HUGO ANTONIO								
APELLIDOS	PEREZ GOMEZ								
IDENTIFICACION	73591434	**EDAD**	37 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	A +		
ESTADO CIVIL	Union libre	**ESCOLARIDAD**	Profesional	**FECHA DE NACIMIENTO**		07/04/1982			
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	BARRANCO	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0			
DEPARTAMENTO	La Guajira	**MUNICIPIO**	Riohacha		CRA 27 N 14H BIS 36				
TELEFONOS	3008763377	**ARL**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	**EPS**	FAMISANAR LTDA. E.P.S.				

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SENA REGIONAL GUAJIRA	**CONTRATISTA**	NO APLICA
SEDE	SIN INFORMACION	**ACTIVIDAD ECONOMICA**	SIN INFORMACION

DATOS DEL CARGO

CARGO A DESEMPEÑAR	INSTRUCTOR SENA	**PROFESION U OFICIO**	instructor turismo

ANTECEDENTES VISUALES

Nombre	Concepto	Observaciones
REFRACTIVOS	NO	
LABORALES	NO	
PATOLOGICOS	NO	
TRAUMAS	NO	
OTROS		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nombre	Concepto	Observaciones
EXIGENCIA VISUAL DEL CARGO		

HORAS/EXPOSICION

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBIENTAL	SI	
VIDEOTERMINALES	SI	
SUSTANCIAS QUIMICAS	NO	
PROYECCION DE PARTICULARES	SI	

PUESTO DE TRABAJO

Nombre	Concepto	Observaciones
ILUMINACION	ARTIFICIAL	
VENTILACION	ARTIFICIAL	

ULTIMO CONTROL VISUAL

Nombre	Concepto	Observaciones
ULTIMO EXAMEN	Mayor a 2 años	
USA RX	NO	
INTERPRETACION		

Comfaguajira

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

AGUDEZA VISUAL

VISION PROXIMA

Nombre	Concepto
SIN CORRECCION OD	.50M
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	.50M
CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	.50M
CON CORRECCION AO	

VISION LEJANA

Nombre	Concepto
SIN CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/20
CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	20/20
CON CORRECCION AO	

PERCEPCION

Nombre	Concepto
COLOR	NORMAL
PROFUNDIDAD	NORMAL

SINTOMAS

Nombre	Concepto	Observaciones
ASINTOMATICOS	SI	
MALA VISION LEJANA	NO	
MALA VISION CERCANA	NO	
ARDOR	NO	
LAGRIMEO	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
CEFALEA	NO	
SENSACION CUERPO EXTRAÑO	NO	
DOLOR	NO	
PRURITO	NO	
CANSANCIO	NO	
VISION DOBLE	NO	

MOVIMIENTO

CONVERGENCIA

Nombre	Concepto
LUZ	

COVER TEST

Nombre	Concepto
VL	ORTOFORIA
VP	ORTOFORIA

CONVERGENCIA

Nombre	Concepto
OR	

SEGMENTO ANTERIOR

Comfaguajira

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	ESTRUCTURAS OCUALRES NORMALES
OJO IZQUIERDO	ESTRUCTURAS OCUALRES NORMALES

REFRACCION

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	NEUTRO

QUERATOMETRIA

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	

RETINOSCOPIA

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	NEUTRO

VISION CROMATICA

Nombre	Concepto	Observaciones
OJO DERECHO	NORMAL	
OJO IZQUIERDO	NORMAL	

ESTEREOPSIS

Nombre	Concepto	Observaciones
ESTEREOPSIS	NORMAL	

RX FINAL

OJO DERECHO

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
AV	20/20

OJO IZQUIERDO

Nombre	Concepto
OJO IZQUIERDO	NEUTRO
AV	20/20

Nombre	Concepto
ADD	

OBSERVACIONES

Nombre	Concepto	Observaciones
CONDUCTA	No requiere gafas	
ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE		
DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión	

DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

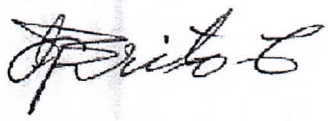
Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

Nombre	Concepto
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
IMPRESION DIAGNOSTICA	EMETROPIA AO

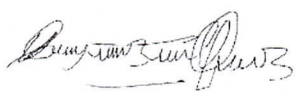
RECOMENDACIONES

Nombre	Concepto	Observaciones
PAUSAS EN COMPUTADOR	NO	
GAFAS FILTRO UV	NO	
USO EPP VISUAL	SI	
PROTECCION SOLAR	NO	
LUBRICANTE OCULAR	SI	
CONTROL EN 6 MESES	NO	
CONTROL EN UN AÑO	SI	

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.



GLADIS BRITO
RM: 1
Firma y sello del Médico Evaluador



HUGO ANTONIO
C.C 73591434
Firma del trabajador Evaluado

Comfaguajira
Familias felices

LABORATORIO CLINICO COMFAGUAJIRA

Ingreso: 2020-03-06 07:30
Impresion:

Orden:	**20200306203**	**Autorizacion:**	
Historia:	**PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO**	**Municipio:**	
Paciente:	73591434	**Medico:**	MEDICO SALUD OCUPACIONAL
Sede:		**Plan:**	SENA REGIONAL GUAJIRA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUIMICA				
GLUCOSA EN SUERO	73.00	mg/dL		70.00 - 110.00	06/03/2020 16:14
Técnica:COLORIMETRICO					
COLESTEROL TOTAL	195.00	mg/dL		100.00 - 200.00	06/03/2020 16:14
INTERVALO IDEAL PARA EL COLESTEROL: MENOR DE 200 mg/dl INTERVALO LIMITE PARA EL COLESTEROL ELEVADO: 200-239 mg/dl COLESTEROL ALTO : MAYOR O IGUAL 240 mg/dl					
Técnica:COLORIMETRICO					
COLESTEROL HDL	46.00	mg/dL	*	10.00 - 35.00	06/03/2020 16:14
SIN RIESGO HOMBRES: MAYOR DE 55 mg/dl ALTO RIESGO HOMBRES: MENOR DE 35 mg/dl SIN RIESGO MUJERES: MAYOR DE 65 mg/dl ALTO RIESGO MUJERES : MENOR DE 45 mg/dl					
Técnica:COLORIMETRICO					
INDICE CT/HDL	4.24				06/03/2020 16:14
TRIGLICERIDOS	60.00	mg/dL		50.00 - 200.00	06/03/2020 16:14
Técnica:COLORIMETRICO					
COLESTEROL VLDL	12.00	mg/dL		10.00 - 34.00	06/03/2020 16:14
COLESTEROL LDL	137.00	mg/dL		66.00 - 178.00	06/03/2020 16:14
ADULTOS: Menos de 130 mg/dL DESEABLE 140 - 159 mg/dL LIMITROFE Más de 160 mg/dL RIESGO ELEVADO NIÑOS: Menos de 110 mg/dL DESEABLE 110 - 129 mg/dL: LIMITROFE Más de 130 mg/dL RIESGO ELEVADO					
Técnica:COLORIMETRICO					
ASPECTO SUERO	normal				06/03/2020 16:14

K Morales
CU 2178

	HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO KX21					
NUMERO DE LEUCOCITOS	3.4	X10³mm³	*	5.0 - 10.0	06/03/2020 11:12
NUMERO DE ERITROCITOS	5.13	X10mm³	*	4.00 - 5.00	06/03/2020 11:12
HEMOGLOBINA	15.60	g/dl		14.00 - 17.40	06/03/2020 11:12
HEMATOCRITO	46.10	%		45.00 - 52.00	06/03/2020 11:12
MCV	89.90	fL		84.00 - 96.00	06/03/2020 11:12
MCH	30.40	pg		27.00 - 32.00	06/03/2020 11:12
MCHC	33.80	g/dl		30.00 - 35.00	06/03/2020 11:12
RECUENTO DE PLAQUETAS	214	X10³mm³		150 - 400	06/03/2020 11:12

Comfaguajira
Familias felices

LABORATORIO CLINICO COMFAGUAJIRA

Ingreso: 2020-03-06 07:30
Impresion:

Orden:	20200306203	Autorizacion:	
Historia:	PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO	Municipio:	
Paciente:	73591434	Medico:	MEDICO SALUD OCUPACIONAL
Sede:		Plan:	SENA REGIONAL GUAJIRA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	HEMATOLOGIA				
NEUTROFILOS PORCENTAJE	36.00	%	*	50.00 - 75.00	06/03/2020 11:12
LINFOCITOS PORCENTAJE	54.40	%	*	25.00 - 40.00	06/03/2020 11:12
CELULAS MIXTAS PORCENTAJE	9.60	%	*	3.00 - 7.00	06/03/2020 11:12
NUMERO DE NEUTROFILOS	1.30	X10³mm³	*	2.50 - 7.50	06/03/2020 11:12
NUMERO DE LINFOCITOS	1.80	X10³mm³		1.30 - 4.00	06/03/2020 11:12
NUMERO DE CELULAS MIXTAS	0.30	X10³mm³		0.15 - 0.70	06/03/2020 11:12
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.80	fL		8.00 - 15.00	06/03/2020 11:12
ADE-CV	12.6	%			06/03/2020 11:12
ADE-SD	43.2	fL			06/03/2020 11:12
OBSERVACION CUADRO HEMATICO	NI				06/03/2020 11:12

YESICA FERNANDEZ
Nro. 555999

UROANALISIS

PARCIAL DE ORINA (Urisys 1800)

COLOR	Amarillo		06/03/2020 12:38
ASPECTO			06/03/2020 12:38
LIGERAMENTE TURBIO			
DENSIDAD	1.020		06/03/2020 12:38
pH	5		06/03/2020 12:38
LEUCOCITOS (tira reactiva)	neg	Leu/ul	06/03/2020 12:38
NITRITOS	neg		06/03/2020 12:38
PROTEINAS EN ORINA	neg	mg/dL	06/03/2020 12:38
GLUCOSA EN ORINA	norm	mg/dL	06/03/2020 12:38
CUERPOS CETONICOS	neg	mg/dL	06/03/2020 12:38
UROBILINOGENO	norm	mg/dL	06/03/2020 12:38
BILIRRUBINAS EN ORINAS	neg		06/03/2020 12:38
SANGRE (Tira reactiva)	neg	Ery/ul	06/03/2020 12:38
___SEDIMENTO URINARIO___			06/03/2020 12:38
LEUCOCITOS : 1-3/c			
BACTERIAS : +			
C EPITELIA : 0-2			

YESICA FERNANDEZ
Nro. 555999

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos.

Hace constar:

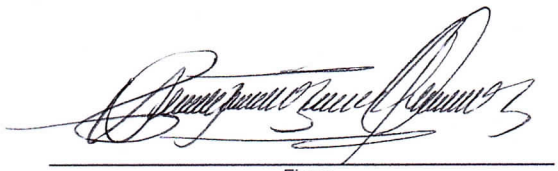
Que el Sr(a) HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73591434 realizó el día 23/03/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73591434 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73591434 realizó el día 24/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

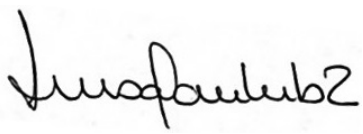
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 73.591.434, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/03/2020 y fecha fin de contrato 02/08/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001013247101.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

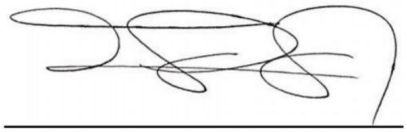
Que nuestro(a) cliente **HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 73.591.434** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 940281785** aperturada el **07 de marzo de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **11** días del mes de **febrero** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0940281785**
Cuenta de 16 dígitos: **0940000200281785**
Cuenta de 20 dígitos: **00130940000200281785**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 11 GU047968
CERTIFICADO 11 GU068200
CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1160068200

SUCURSAL: 11 SANTA MARTA **USUARIO:** PANAW **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 03 MM 03 AAAA 2020

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR/GARANTIZADO:	PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO	**C.C. O NIT:**	73591434 3
DIRECCIÓN:	CL 30 4 A 80	**CIUDAD:**	VALLEDUPAR
E-MAIL:	HUGOPEREZ-GOMEZ@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3008763377
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL GUAJIRA	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 21 CR 15 100 AV AER	**CIUDAD:** RIOHACHA	**TEL.** 7283010
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL GUAJIRA	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 21 CR 15 100 AV AER	**CIUDAD:** RIOHACHA	**TEL.** 7283010

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 03 03 2020	**HASTA** 02 12 2020			1,475,784.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%			TRM 3,512.17	MONEDA	VALORES
100.00	PANA WEFFER IBETH GUIG					PRIMA	PESOS	25,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	12,000.00
						IVA	PESOS	7,030.00
						TOTAL		**44,030.00**

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	03-03-2020	02-12-2020	0.00	1,475,784.00	25,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.1419202, CELEBRADO POR LAS PARTES RELACIONADO CON LA PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TÉCNICOS, TECNÓLOGO Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑE COMO INSTRUCTOR EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE LA PROGRAMACIÓN REGULAR, EJECUTANDO HORAS DIRECTAS A FORMACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUÍCOLA DE LA REGIONAL GUAJIRA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
'''VER NOTA''' EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARAN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762016186554 9/8/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 066813 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1160068200

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA"

GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

(Decreto 1082 de 2015)

1. RIESGOS AMPARADOS

La aseguradora otorga a la entidad estatal contratante asegurada, hasta el monto del valor asegurado, los amparos mencionados en la carátula de la presente póliza, de conformidad con lo previsto en el artículo 1088 del Código de Comercio, según el cual, el contrato de seguro es de mera indemnización y jamás podrá constituir fuente de enriquecimiento. Esta póliza cubre los perjuicios directos derivados del incumplimiento del garantizado, con sujeción a la definición de las condiciones adelante indicadas en su alcance y contenido.

Los amparos de la póliza serán independientes unos de otros respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal contratante asegurada no podrá reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor de otros. Estos no son acumulables y son excluyentes entre sí, según las definiciones que a continuación se estipulan:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

La garantía de seriedad de la oferta cubrirá la sanción derivada del incumplimiento del ofrecimiento imputable al proponente garantizado, en los siguientes eventos:

1.1.1 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.

1.1.2 La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta, cuando el término previsto en los pliegos para la adjudicación o para la suscripción del contrato se prorrogue, siempre que tal prorroga sea inferior a tres (3) meses.

1.1.3 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado, de la garantía de cumplimiento del contrato.

1.1.4 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

El amparo de buen manejo y correcta inversión del anticipo cubre a la entidad estatal contratante asegurada, de los perjuicios sufridos con ocasión de (i) la no inversión, (ii) el uso indebido y (iii) la apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

El amparo de devolución de pago anticipado cubre a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios sufridos por la no devolución total o parcial, por parte del contratista garantizado, de los dineros que le fueron entregados a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

El amparo de cumplimiento del contrato cubre a la entidad estatal contratante asegurada con ocasión de los perjuicios derivados de: (a) el incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (b) el incumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (c) los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales; y (d) el pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

El amparo de pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales, cubrirá a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios ocasionados por el incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista derivadas de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

El amparo de estabilidad y calidad de la obra, cubrirá a la entidad estatal contratante asegurada de los perjuicios ocasionados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

El amparo cubre la de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la Entidad Estatal en cumplimiento de un contrato.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

El amparo de calidad del servicio cubre a la entidad estatal contratante asegurada, de los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.

1.9 REPONSABILIDAD FISCAL

En virtud de lo señalado en el artículo 44 de la ley 610 de 2000, la garantía de cumplimiento cubrirá los perjuicios causados a la entidad estatal contratante asegurada como consecuencia de la conducta dolosa o culposa, o de la responsabilidad imputable a los particulares, derivados de un proceso de responsabilidad fiscal, siempre y cuando esos perjuicios deriven del incumplimiento de las obligaciones surgidas a cargo del contratista garantizado relacionadas con el contrato amparado por la garantía.

2. EXCLUSIONES

Los amparos previstos en la presente póliza no operaran en los casos siguientes:

2.1 Causa extraña, esto es la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima (el asegurado).

2.2. Daños causados por el contratista a los bienes de la entidad no destinados al contrato.

2.3. El uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal contratante.

2.4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.

3. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada determinada para cada amparo en la carátula de esta póliza, delimita la responsabilidad máxima de la compañía en caso de siniestro.

4. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA.

El oferente o contratista garantizado deberá restablecer el valor de la garantía cuando éste se haya visto reducido por razón de las reclamaciones efectuadas por la Entidad contratante asegurada. En este caso se dará origen al cobro adicional de prima la cual deberá ser pagada previamente por el contratista garantizado.

De igual manera, en cualquier evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, el contratista garantizado deberá ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso, previo pago de la prima.

5. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados por la presente póliza, se hará constar en la carátula o en sus anexos.

6. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio la entidad estatal contratante asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de audiencia del contratista garantizado y del garante, de la siguiente forma:

6.1 En caso de caducidad, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual, además de la declaratoria de caducidad, procederá a hacer efectiva la cláusula penal o a cuantificar el monto del perjuicio, y a ordenar su pago tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

6.2 En caso de aplicación de multas, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada, proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual impondrá la multa y ordenará su pago, tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

6.3 En los demás casos de incumplimiento, una vez agotado el debido proceso y garantizados los derechos de defensa y contradicción del contratista garantizado y de su garante de conformidad con lo establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, la entidad estatal contratante asegurada proferirá el acto administrativo correspondiente en el cual declarará el incumplimiento, procederá a cuantificar el monto de la pérdida o a hacer efectiva la cláusula penal, si ella está pactada y a ordenar su pago tanto al contratista garantizado como al garante. El acto administrativo correspondiente constituye la reclamación para la compañía de seguros.

7. COMPENSACIÓN

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento, o con posterioridad a éste o del resultado de la liquidación del contrato, y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y ss. del Código Civil.

Igualmente disminuirá el valor de la indemnización, el correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada, haya obtenido del contratista garantizado judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por la presente póliza.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

La aseguradora pagará el valor del siniestro, así:

8.1 Para el caso previsto en el numeral 5.1., dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante asegurada para reclamar el pago, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, y del acta de liquidación del contrato o de la resolución ejecutoriada que acoja la liquidación unilateral.

8.2 Para el caso del numeral 5.2, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de la copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada, de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado, o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

8.3 Para el caso presentado en el numeral 5.3, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado que constituya la ocurrencia del siniestro, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado, respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado, o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

PARAGRAFO.- De conformidad con el artículo 1110 del Código de Comercio la aseguradora podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización, o continuando la ejecución de la obligación garantizada, para este último evento se requiere la aceptación de la entidad estatal contratante asegurada.

La declaratoria de caducidad no impedirá que la entidad contratante, tome posesión de la obra o continúe inmediatamente la ejecución del objeto contratado, bien sea a través del garante o de otro contratista.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada sea aumentada o disminuida, y para aquellos en los cuales las estipulaciones del contrato original sean modificadas, la aseguradora a solicitud del contratista garantizado expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro, en donde exprese su conocimiento respecto de las modificaciones acordadas entre el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada.

10. SUBROGACION.

En virtud del pago de la indemnización, de acuerdo con el artículo 1096 del código de comercio, en concordancia con el artículo 203 del decreto 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la aseguradora se subroga hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante asegurada tenga contra el contratista garantizado.

11. CLAUSULA DE GARANTIAS

CONFIANZA otorga el presente seguro bajo las siguientes garantías, aceptadas por el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada así:

a. En los términos definidos por el artículo 1060 y 1061 del Código de Comercio durante la vigencia del seguro, no se introducirán modificaciones al contrato garantizado por la presente póliza, sin la notificación a CONFIANZA para la expedición del certificado de modificación correspondiente.

b. CONFIANZA tiene derecho a ejercer la vigilancia sobre el contratista garantizado en la ejecución del contrato, para lo cual la entidad estatal contratante asegurada le prestará la colaboración necesaria.

   La entidad estatal contratante asegurada se compromete a ejercer estricto control sobre el desarrollo del contrato y sobre el manejo de los fondos y bienes correspondientes, dentro de las atribuciones que dicho contrato le confiere.

c. La entidad estatal deberá verificar durante la vigencia del contrato amparado en esta póliza, que el contratista se encuentra cumpliendo con sus obligaciones patronales relativas al sistema integral de seguridad social de que trata la Ley 100 de 1993.

d. La entidad estatal deberá agotar los mecanismos alternativos de solución de conflictos pactados por las partes en el contrato estatal, cuyo cumplimiento es el objeto de la presente póliza, antes de acudir a la efectividad de la garantía.

12. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD.

La presente póliza no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocación unilateral.

13. NATURALEZA DEL SEGURO

La garantía otorgada por esta póliza o sus certificados de modificación no es solidaria, ni incondicional y su exigencia está supeditada a la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

14. NOTIFICACIONES Y RECURSOS.

La entidad estatal contratante asegurada deberá notificar a la aseguradora los actos administrativos atinentes a la efectividad de cualquier amparo de la póliza, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista garantizado y del garante.

15. CLAUSULAS INCOMPATIBLES.

En caso de incongruencia entre las condiciones generales o particulares de la presente póliza, y las del contrato garantizado, prevalecerán las primeras. Si la incongruencia se presenta entre las condiciones particulares y las condiciones generales, prevalecerán las primeras.

16. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de existir, al momento del siniestro, otro seguro de cumplimiento con relación al mismo contrato, el importe de la indemnización a que haya lugar, se distribuirá entre los aseguradores en proporción a las cuantías de sus respectivos seguros.

17. COASEGURO

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 del código de comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre los aseguradores en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes, y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.

18. PRESCRIPCION.

La Prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá por las normas del código de comercio sobre contrato de seguro.

19. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá en la República de Colombia.
En fe de lo anterior, se firma a los_____días del mes de _____ de 2_____

EL TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A
CONFIANZA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 23 de marzo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1119717698**	**NIKOL SAYRETH PEREZ LOPEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ

C.C. 73591434

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1119717698

Indicativo Serial 59776555

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaría [X] Numero [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [W Z Y]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	LOPEZ

Nombre(s)

NIKOL SAYRETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes 08 Día 16	FEMENINO	A	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14895542-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LOPEZ AMAYA EMILIS ELIET

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.1.118.853.768 DE RIOHACHA	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.73.591.434 DE BARRANCO DE LOBA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.73.591.434 DE BARRANCO DE LOBA	Hugo Perez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes 09 Día 05	JAIME RAFAEL AZAR MARTINEZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -